

Plan de Cuidados Especiales para Niños con Asma

Nombre del Niño: _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Nombre de los Padres o Tutores: _____

Números telefónicos de emergencia: Madre _____ **Padre** _____

(ver información sobre los contactos de emergencia respecto a contactos alternativos en caso que los padres no estén disponibles)

Prestador de Atención Médica de primer contacto: _____ **Teléfono de Emergencia:** _____

Nombre del especialista en Asma (si hay alguno): _____ **Teléfono de Emergencia:** _____

Activadores conocidos del asma de este niño (encierre en círculo lo que proceda):

resfriados	tierra	ejercicio	polen de árbol
casa	polvo	olores fuertes	flores silvestres
excitación	cambios de clima	animales	humo
alimentos (especificar): _____			desodorantes ambientales
otros (especificar): _____			

Actividades por las que este niño ha necesitado atención especial en el pasado (encierre en círculo todo lo que proceda)

<i>al aire libre</i>	<i>bajo techo</i>
viaje de campo para ver animales	queroseno/habitaciones con calefacción de estufa con madera
correr fuerte	proyectos de expresión artística con gis, pegamentos, gases
jardinería	sentarse en alfombras
brincar en hojas	cuidado de animales
salir en días fríos o ventosos	aplicación reciente de plaguicidas en la instalación
jugar en el pasto recién cortado	pintura o renovación en la instalación
otros (especificar): _____	

¿Puede este niño utilizar un contador para monitorear la necesidad de medicamentos en la guardería? NO SÍ

mejor lectura personal: _____

lectura para dar una dosis extra de medicamentos: _____

lectura para obtener asistencia médica: _____

Qué tan frecuentemente este niño ha necesitado atención urgente de un doctor por un ataque de asma:

¿En los 12 meses pasados? _____ ¿en los 3 meses pasados? _____

Signos y síntomas típicos de los incidentes de asma del niño (encierre en un círculo lo que proceda):

fatiga	cara roja, pálida o hinchada	se expresa con gruñidos
respiración más rápida	jadeo	succión en el pecho/cuello
inquietud, agitación	círculos oscuros bajo los ojos	tos persistente
quejas de dolor/opresión en el pecho	labios o uñas de los dedos grises o azules	
poros nasales ensanchados, boca abierta (jadeante)	dificultad para jugar, comer, beber, platicar	

Recordatorios

1. *Avisar inmediatamente a los padres en caso que se requieran medicamentos de emergencia.*
2. *Obtener asistencia médica en caso que:*
 - el niño no mejore 15 minutos después de recibir el tratamiento y no pueda localizarse a la familia
 - después de recibir un tratamiento para el jadeo, el niño:
 - se esfuerza para respirar o se expresa gruñendo
 - respira aceleradamente en reposo (>50/minuto)
 - tiene problemas para caminar o platicar
 - tiene los poros nasales más ensanchados que lo normal
 - presenta succión en la piel (pecho o cuello) al respirar
 - está extremadamente agitado o soñoliento
 - no quiere jugar
 - tiene los labios o uñas de los dedos grises o azules
 - llora más suave y brevemente
 - se encorva para respirar
3. *El Doctor del niño y la instalación de guardería infantil deben mantener una copia actualizada de esta forma en el expediente del niño.*

Plan de Cuidados Especiales para Niños con Asma (continúa)

Medicamentos para tratamiento de rutina y emergencia del asma para:			
Nombre del niño		Fecha de Nacimiento	
Nombre del Medicamento			
Cuándo usarlo (por ejemplo, síntomas, hora del día, frecuencia, etc.)	<i>rutina o emergencia</i>	<i>rutina o emergencia</i>	<i>rutina o emergencia</i>
Cómo usarlo (por ejemplo, oral, mediante inhalador, con o sin aparato espaciador, en nebulizador, con o sin dilución, fluido diluyente, etc.)			
Cantidad (dosis) del medicamento			
Tiempo que debe tardar el tratamiento para empezar a hacer efecto			
Beneficio esperado para el niño			
Posibles efectos secundarios, si los hay			
Fecha en que se actualizaron por última vez las instrucciones del doctor del niño	Fecha: _____ Nombre del Doctor (en letra de molde): _____ Firma del Doctor: _____		
Permiso de los Padres para seguir este plan de tratamiento médico	Fecha: _____ Firma de los Padres: _____		

Si se requieren más columnas para instrucciones del tratamiento médico o equipo, copie esta página